IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 153)
z dnia 8 marca 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 153)

8 marca 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja na temat stanu leczenia onkologicznego i Krajowej Sieci Onkologicznej,

– informacja na temat sytuacji w polskiej onkologii w czasie pandemii COVID-19,

– informacja na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia tzw. nowotworów męskich, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów jąder i prostaty.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Karolina Bukowska-Strakova** przewodnicząca Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, **Joanna Frątczak-Kazana** przedstawicielka Fundacji Onkologicznej ALIVIA, **Dorota Korycińska** prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Adam Maciejczyk** prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego ze współpracownikiem, **Jan Poleszczuk** kierownik Zakładu Matematyki Onkologicznej oraz **Piotr Rutkowski** kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Państwowego Instytutu Badawczego – Narodowego Instytutu Onkologii.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na kolejnym w dniu dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami oraz zaproszonych gości. Szanowni państwo, to posiedzenie jest prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

Najpierw sprawdzimy kworum. Bardzo proszę o naciśnięcie dowolnego przycisku. Informuję też, że zostawimy otwarte głosowanie nad kworum, żeby osoby, które jeszcze dołączą, mogły to kworum potwierdzić. Czy mamy kworum? Stwierdzam, że mamy kworum.

Porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia przewiduje trzy punkty związane z onkologią. Pierwszy, to rozpatrzenie informacji na temat stanu leczenia onkologicznego i Krajowej Sieci Onkologicznej. Drugi, to rozpatrzenie informacji na temat sytuacji w polskiej onkologii w czasie pandemii COVID-19. I trzeci, rozpatrzenie informacji na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia tak zwanych – tak napisano – nowotworów męskich, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów jąder i prostaty. To są punkty, szanowni państwo, wynikające z planu pracy. W żaden sposób tego nie korygowałem. Takie tematy zostały zaproponowane przez posłów i przyjęte przez Komisję.

Szanowni państwo, czy są uwagi do porządku dziennego. Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Mam następującą propozycję, aby przez pana ministra, czy też osoby przez pana ministra wyznaczone, zostały omówione łącznie wszystkie te trzy tematy, a następnie odbędziemy łączną dyskusję nad tymi trzema tematami, zagadnieniami. Chciałbym też

zaproponować, aby w dyskusji nie było podziału najpierw na posłów, a później zaproszonych gości, tylko proszę wszystkie osoby, które będą chciały zabrać głos, o zgłaszanie się. Osoby, które uczestniczą zdalnie, proszę, aby tego zgłoszenia dokonywały za pośrednictwem sekretariatu Komisji. Teraz, panie ministrze, oddaję panu głos. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Panie przewodniczący, mamy trzy tematy, które są dzisiejszym przedmiotem obrad, wszystkie onkologiczne. Najważniejsza rzecz, która aktualnie się dzieje – temat został przedstawiony jako pierwszy – stan leczenia onkologicznego i Krajowej Sieci Onkologicznej... Jeszcze na wstępie powiem, że jesteśmy tutaj w silnym gronie ze strony Ministerstwa Zdrowia, ale również z Narodowego Instytutu Onkologii. Jest z nami dyrektor Michał Dzięgielewski z Departamentu Lecznictwa i pani Magdalena Klimek, naczelnik Wydziału Narodowej Strategii Onkologicznej, która jest przygotowana i właśnie realizowana. I jest z nami zdalnie pan profesor Piotr Rutkowski z Narodowego Instytutu Onkologii, przewodniczący zespołu do wdrożenia Narodowej Strategii Onkologicznej, który przygotowuje Narodową Strategię Onkologiczną i koordynuje wykonanie poszczególnych prac...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, to ja dopowiem, że zostali też zaproszeni zarówno konsultanci krajowi, jak i prezesi towarzystw naukowych. To tylko tytułem uzupełnienia.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jest jeszcze z nami główny autor raportu „Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej". Ten raport został przedstawiony i jest też autor, który jest w stanie przedstawić, jak na dzień dzisiejszy wygląda sytuacja z Krajową Siecią Onkologiczną.

Jak państwo wiecie, pilotaż rozpoczął się na początku 2019 r., początkowo w dwóch województwach – dolnośląskim i świętokrzyskim. Był później poszerzony o kolejne dwa województwa. Ostatnio wydłużyliśmy okres tego pilotażu do końca bieżącego roku. Jesteśmy na etapie kończenia tego pilotażu, a pod koniec ubiegłego roku, 29 października, rozpoczęliśmy kolejny etap pracy – etap uzgodnień, opiniowania, konsultacji publicznych ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag. Otrzymaliśmy tych uwag bardzo wiele i jesteśmy aktualnie jeszcze na etapie analizowania poszczególnych uwag, które zostały zgłoszone.

Naszym zadaniem, które ta ustawa ma wykonać, jest to, aby każdy pacjent, który jest chory czy ma podejrzenie choroby, miał w standardzie jednolite zasady, metodologię diagnozowania i leczenia chorób onkologicznych w wysokiej jakości, jednolitej w całym kraju, gdzie dookreśliliśmy różne grupy poszczególnych użytkowników, uczestników tego rynku w zakresie ośrodków realizujących. Oczywiście finansującym na dzień dzisiejszy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, ale są powołane centra kompetencji, ośrodki satelitarne i specjalistyczne ośrodki leczenia trzech poziomów referencyjnych oraz Krajowy Ośrodek Monitorujący, którym jest właśnie Narodowy Instytut Onkologii z profesorem Rutkowskim. Nad tym krajowym ośrodkiem czuwa Krajowa Rada Onkologiczna oraz wojewódzkie ośrodki monitorujące i ośrodki kooperujące w tym zakresie. Aktualnie – tak jak powiedziałem – jeszcze analizujemy uwagi, które spłynęły.

Ustawa określa organizację, zasady funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej, zasady i sposób monitorowania jakości funkcjonowania Krajowej Rady Onkologicznej, zasady prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty DiLO i oczywiście finansowanie opieki w tym zakresie. Tak więc, tak to jest realizowane. 570 uwag zostało wprowadzonych przez 48 podmiotów. To są główne uwagi dotyczące Narodowej Strategii Onkologicznej, która jest realizowana.

Jeśli chodzi o sytuację, która jest w czasie pandemii, to myślę, że oddalibyśmy głos, aby bardzo ciekawy raport przedstawił pan profesor, który przygotował ten raport. Są tutaj publikowane dane z różnych źródeł, jak w poszczególnych miesiącach, w poszczególnych okresach pandemii, kształtowało się wydawanie kart DiLO, leczenie poszczególnych nowotworów. Myślę więc, że oddalibyśmy głos w tym zakresie.

A jeszcze, jeśli chodzi o okres pandemii, to w pierwszych dwóch miesiącach, tak jak państwo wiedzą, było bardzo drastyczne załamanie liczby wykonywanych świadczeń.

Później było to odbudowywane, w szczególności w zakresie onkologii. Zalecenia były takie, żeby maksymalnie realizować świadczenia zdrowotne, żeby nie ograniczać diagnostyki, a w szczególności leczenia. Były wydawane wytyczne, szczególne zalecenia odnośnie do tego okresu, że pacjenci, którzy są w programach lekowych, mogą otrzymywać na dłuższy okres leki, które mogą być stosowane w leczeniu domowym. Leki mogą też być odbierane przez pełnomocnika. Zostały mocno wydłużone okresy monitorowania, które powinny być nie rzadziej niż raz na pół roku, żeby można było dokonać obserwacji postępów leczenia. W początkowym okresie ministerstwo wydłużyło listę leków refundowanych o dwa obwieszczenia refundacyjne, które nie ukazały się w maju i w lipcu 2020 r., i ważność wszystkich decyzji, która kończyła się w tym okresie, została wydłużona na mocy ustawy do 31 sierpnia 2020 r. Jednocześnie Komisja Ekonomiczna po krótkim czasie przeszła w tryb pracy zdalnej i nadal wydawała decyzje refundacyjne, w tym w bardzo istotnym zakresie, we wskazaniach onkologicznych.

W okresie pandemii tych wskazań onkologicznych było 14. Od września 2020 r., na tych dwóch listach refundacyjnych, w 2021 r. – 32 wskazania, a w tym roku już mamy 9 wskazań onkologicznych. Tak więc to na pewno był bardzo istotny okres, pomimo trwającej pandemii, realizacji zadań Polityki Lekowej Państwa w zakresie onkologii i dopełnienia brakujących terapii, czasami nowych wskazań, zupełnie nowych programów lekowych, czasami brakujących terapii w poszczególnych chorobach, nowotworach. W raku płuca czy nowotworach skóry, bardzo mocno w hematoonkologii. W nowotworach ginekologicznych również było wiele dodatkowych wskazań, także w zakresie chorób rzadkich onkologicznych, na przykład dla dzieci.

Jeśli chodzi o temat nowotworów tak zwanych męskich, najważniejszy element bardzo oczekiwany, który w ostatnim okresie się zdarzył, to bardzo mocne poszerzenie pierwszej linii leczenia w zakresie nowotworów prostaty. Wszystkie trzy leki zostały dopuszczone do refundacji. Na jesieni tego roku oczekujemy bardzo istotnego otworzenia rynku dla leków biopodobnych w leczeniu nowotworów prostaty. W tym zakresie szykujemy jako świadczenie gwarantowane leczenie metodą robotową od 1 kwietnia. Za chwilę będzie publikowana wycena i kolejne ośrodki będą mogły realizować świadczenia uroonkologii w zakresie prostaty systemem robotowym.

Co jeszcze można powiedzieć? Jeśli chodzi o dane w tych trzech poszczególnych zakresach, to państwo dostali bardzo szczegółowe dane. Tych danych było naprawdę dużo. Na podstawie tych danych można wyrobić sobie opinię o tym okresie, o rozpoczęciu świadczeń i kończeniu tego okresu związanego z pilotażem sieci onkologicznej w czterech województwach. Nie wiem, panie dyrektorze, czy... Nie? To może teraz nasi eksperci szczegółowo opowiedzą...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, ale czy kogoś chciałby pan prosić o zabranie głosu, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Myślę, że profesor Rutkowski, który z nami i w naszym imieniu współpracuje nad tworzeniem Narodowej Strategii Onkologicznej. To jest najważniejsza sprawa.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, to bardzo prosimy pana profesora Rutkowskiego o zabranie głosu. Proszę uprzejmie, panie profesorze.

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Państwowego Instytutu Badawczego – Narodowego Instytutu Onkologii Piotr Rutkowski:

Dzień dobry państwu. Szanowni państwo, mam nadzieję, że mnie słychać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Słychać bardzo dobrze.

Kierownik kliniki PIB – NIO Piotr Rutkowski:

To dobrze. Ja bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu i zaproszenie. Po tym, co przedstawił pan minister Miłkowski, chcę powiedzieć, jeśli chodzi o Narodową Strategię Onkologiczną, że w tym zakresie Narodowy Instytut Onkologii odpowiada za koordy-

nację działań i monitorowanie realizacji. Oczywiście nie odpowiadamy za realizację tych działań, ponieważ większość departamentów Ministerstwa Zdrowia, jak również innych ministerstw i innych podmiotów podległych ministrowi zdrowia, jest zaangażowanych w realizację narodowej strategii.

Ja tylko krótko chcę powiedzieć, uzupełniając to, bo odnośnie do Krajowej Sieci Onkologicznej to pewnie jeszcze ktoś inny zabierze głos, ale jeżeli chodzi o realizację zadań za 2021 r. to pond 80% zadań jest realizowanych albo zgodnie z planem, albo z niewielkimi opóźnieniami, więc cały czas na bieżąco monitorujemy. Nasz dział koordynacji i monitorowania współpracuje ze wszystkimi departamentami ministerstwa, i chciałbym tu podziękować. Są punkty, które zostały przesunięte na ten rok z różnych przyczyn. Ja bardzo bym prosił, bo to leży nam bardzo na sercu, żeby przyspieszyć legislację dotyczącą między innymi możliwości zrefundowania szczepień HPV w całości jako szczepień nieobowiązkowych, ale to jest taka uwaga dodatkowa.

Jeżeli chodzi o raporty, nasz dział, wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również z Działem Matematyki Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii, przygotował dwa raporty. Oba są w rękach ministerstwa. Pewnie są też dostępne dla państwa posłanek i posłów, generalnie dla wszystkich, bo to przecież nie są tajne dokumenty.

Jeżeli chodzi o wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej, pełny raport był przedstawiony w połowie zeszłego roku. Poproszę jeszcze na krótko pana profesora Poleszczuka, bo to jest raport interaktywny na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i on we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia, dzięki tej metodologii, umożliwia monitorowanie prawie w czasie rzeczywistym stanu opieki onkologicznej przynajmniej w tych zakresach. My uwzględniliśmy ryzyko związane z pacjentami z COVID i pacjentami onkologicznymi, choroby wśród personelu, zmniejszoną wydajność i działania badań profilaktycznych/diagnostycznych, no i oczywiście zmiany w organizacji opieki onkologicznej.

To, co wiedzieliśmy już w zeszłym roku, to było to, że o 10% do 15% spadły pierwszorazowe kontakty i hospitalizacje, czyli nowe rozpoznania nowotworów. Niestety tak się wydarzyło. To zresztą było odbicie we wszystkich krajach, szczególnie w okresie twardego lockdownu, a obszary, które najbardziej wtedy ucierpiały, to były profilaktyka, rehabilitacja i właśnie diagnostyka. Za to w tym roku… Przedłużyliśmy już dane do sierpnia 2021 r. i wiemy, że w tym okresie do ponad połowy zeszłego roku mieliśmy bardzo duży skok liczby nowych, wydanych kart DiLO, nowych pierwszorazowych kontaktów z rozpoznaniem C, czyli rozpoznaniem nowotworu według ICD-10, i również liczby pierwszorazowych hospitalizacji na poziomie około plus 20%. W związku z tym chcę powiedzieć, że szczególnie to widać w pracy specjalistycznych ośrodków onkologicznych, iż te liczby pacjentów bardzo przyrosły i pewnie przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Zrzeszenia Ośrodków Onkologicznych o tym jeszcze wspomną.

To co jeszcze zauważyliśmy, to niestety koszty opieki zdrowotnej w szpitalach onkologicznych uległy istotnemu zwiększeniu podczas pandemii, między innymi w związku ze środkami ochrony osobistej, testami w kierunku SARS-CoV-2, przesunięciami pacjentów. To niestety nie było takie proste. Myślę, że udało się, szczególnie w 2021 r., zminimalizować strach pacjentów przed pojawianiem się w oddziale onkologicznym. To, gdzie na pewno był problem, i to, dlaczego ta diagnostyka, to były jednak głównie prace podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie rzeczywiście nie zawsze ta diagnostyka wydarzyła się w czasie planowym. Za to te działania proaktywne przyniosły efekt – tak jak powiedziałem – w zakresie kart DiLO.

Wzrosła też bardzo liczba osób uczestniczących w programach lekowych – o czym wspomniał pan minister Miłkowski – z dwóch przyczyn. Po pierwsze – a trzeba przyznać, że jest to bardzo dobrą rzeczą – wzrosła liczba programów lekowych, czyli refundacji innowacyjnych terapii. W tej chwili jest to mniej więcej ponad 60%, a gdy startowaliśmy kilka lat temu było to na poziomie około 40% Unii Europejskiej. W związku z tym to jest ten przyrost. Oprócz tego wydaje się pośrednio, że może być to też objawem tego, co większość z nas, kolegów i onkologów, raportuje, że niestety ta wzrastająca liczba pacjentów w 2021 r. oznaczała też liczbę bardziej zaawansowanych przypadków, z któ-

rych pewna część kwalifikowała się od razu, a priori, do leczenia systemowego. Dlatego myślę, że tak ważne są przede wszystkim standardy, czyli wytyczne w opiece onkologicznej – pracujemy nad tym między innymi w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

Dzięki współpracy z AOTMiT-em w ostatnim czasie te prace ruszyły bardzo do przodu. Pandemia nie może być wymówką dla braku diagnostyki i leczenia w części ośrodków. Dlatego też – co widać – Krajowa Sieć Onkologiczna jest tu jednak bardzo istotna, choćby w zakresie infolinii onkologicznej.

Przedstawiliśmy w ramach tych raportów rekomendacje w perspektywie krótkoterminowej i w perspektywie długoterminowej. Myślę, że one pokrywają się też z tym, co założyliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej. Nie wiemy jeszcze, jak to się przekłada, bo raport otwarcia, który został przedłożony też do Ministerstwa Zdrowia, pokazywał bardzo istotny postęp w wynikach przeżyć pięcioletnich chorych na nowotwory, szczególnie te wybrane, wskaźnikowe, jak choćby w raku gruczołu krokowego, raku piersi czy czerniakach, co miało poniekąd związek z dostępem do nowych terapii, ale też z większą świadomością społeczeństwa. Te dane mieliśmy jednak do końca 2019 r.

Nie wiemy jeszcze, jak odbiły się te dane na kresie pandemii, na ile wiarygodne są te dane, niestety, w stosunku do całości opieki onkologicznej, bo wszystkie kraje rzeczywiście mają z tym problem. Jeżeli chodzi o 2020 i 2021 będzie to jeszcze analizowane. Ja bym chciał, żeby jeszcze pan profesor Poleszczuk powiedział, w jaki sposób możemy w tej chwili na bieżąco przedstawiać te dane dla Ministerstwa Zdrowia i w jaki sposób osiągnęliśmy dużą zgodność danych rzeczywistych z Narodowego Funduszu Zdrowia ze stanem zdrowia onkologicznego Polaków.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo i poproszę o zabranie głosu przez pana profesora. Bardzo proszę, pan profesor Poleszuk.

Kierownik Zakładu Matematyki Onkologicznej PIB – NIO Jan Poleszczuk:

Dzień dobry. Dziękuję serdecznie za głos. Tak jak profesor Rutkowski wspominał, udało się nam w ramach realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej wypracować metodologię, która pozwala generować dość szybko raporty związane ze stanem onkologii w Polsce. To było duże wyzwanie, ale na szczęście udaje się to robić przy bardzo silnym wsparciu NFZ-u, ministerstwa oraz CeZ-u, ponieważ mamy dość rozproszone systemy informatyczne z dość specyficzną wiedzą na temat tego, jak te dane są tam przechowywane. Jednak dzięki współpracy zespołów dało się nam wypracować ścieżki, dzięki którym przygotowujemy takie interaktywne raporty, dashboardy, które możemy odświeżać dość systematycznie.

Jednocześnie – to też zostało pokazane w raporcie otwarcia – dzięki wsparciu ekspertów i ich wiedzy, jak wygląda proces terapeutyczny, jak to jest rozliczane w NFZ-cie, udało się nam wprowadzić pewne metody pozwalające na dogłębniejsze, lepsze analizy danych zawartych w obecnych systemach bazodanowych. Nie będę wchodził dogłębnie w metodologię, ponieważ zapewne nie jest to dla państwa zbyt interesujące, ale chciałbym tylko nadmienić, że działamy, że rzeczywiście najnowsze dane są dostępne dość szybko. Dzięki temu będziemy mogli monitorować wpływ różnych wydarzeń na stan onkologii w Polsce. Tu podziękowałbym za głos...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy chciałby pan, panie ministrze, żeby ktoś jeszcze zabrał głos w sprawie któregoś z tych trzech punktów, ktoś z zaproszonych ekspertów? Jeżeli nie, to otwieram dyskusję, szanowni państwo, zgodnie z tym, co powiedziałem, z udziałem ekspertów, zaproszonych gości, przedstawicieli pacjentów w ramach tych trzech punktów, które zostały przedstawione.

Ja chcę jeszcze powiedzieć, że w tej kadencji mamy szczęśliwą sytuację, bo jest podkomisja stała Komisji Zdrowia do spraw onkologii, więc wiele bieżących spraw powinno być omawianych właśnie w tamtej podkomisji. Tutaj, na forum całej Komisji, możemy oczywiście zająć się ogólnym spojrzeniem na wiele spraw, natomiast szczegółami przede wszystkim na posiedzeniach podkomisji.

Kto z państwa pierwszy chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie, pan poseł Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Ja chciałbym zwrócić uwagę na jeden element...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Onkolog, skądinąd, o ile dobrze pamiętam. Czy tak, panie pośle?

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Tak. Chirurg onkolog. Chciałbym zwrócić uwagę na szczepienia przeciw HPV, o których wspomniał pan profesor Rutkowski. To jest typowy przykład jakiejś niemożności w naszej opiece zdrowotnej. Przypominam sobie rozmowy z panem ministrem Gadomskim, który podawał kolejne daty, kiedy już będzie na 100% refundowane nieobowiązkowe szczepienie. Notabene marzę o tym, żeby to jednak było szczepienie obowiązkowe.

Chcę jednak powiedzieć, że samorządy wprowadziły szczepienie przeciwko HPV w Polsce wiele, wiele lat temu. Ja już wiele lat nie jestem burmistrzem, ale kiedy byłem burmistrzem Szczecinka, to jakieś 12 czy 10 lat temu wprowadziliśmy szczepienia przeciwko HPV dla dziewczynek 13-letnich. Było to oczywiście opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Otrzymaliśmy zgodę na to. Wiele miast postępowało podobnie, natomiast ja ciągle słyszę, że jest to sprawa przedłużającej się procedury w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co jest chyba nieprawdą. Chciałbym więc, żeby państwo jasno powiedzieli, na czym polega problem, że góra urodziła mysz, że ciągle mówicie, mówicie, mówicie, a nie przekłada się to na fakty. Dalej nie ma w Polsce, jako w jednym z nielicznych już chyba krajów w Europie, refundacji szczepienia, które zabezpiecza przed zachorowaniami na raka szyjki macicy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hok. Ja jeszcze dopowiem, że jest oczywiście na łączach również przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyby były pytania do NFZ-u. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, uzupełniając ten tok przedstawiony przez pana doktora Hardiego-Douglasa, my nawet proponowaliśmy parę lat temu, że jeżeli jest to problem szczepień – chodzi o HPV – to można by to zrobić w porozumieniu z samorządami w takim sensie, jak kiedyś były budowane orliki, że połowa środków z samorządu, a połowa z resortu zdrowia czy budżetu państwa, ale na razie czekamy na te szczepienia, które dotąd są rekomendowane, ale nierefundowane. Ja mam takie pytanie do pana ministra, bo już prawie 5 lat temu pan minister zdrowia został zobligowany do przedstawiania wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla wszystkich większych chorób onkologicznych. Do tej pory pojawiły się tylko i wyłącznie dla raka piersi. Od czterech lat czekamy na inne wytyczne dotyczące diagnostyki i postępowania – pan profesor Rutkowski też o tym mówił – ale nie doczekaliśmy się niestety tego dokumentu w przypadku innych chorób onkologicznych. Również od paru lat oczekujemy na dokumenty dotyczące kompleksowego leczenia onkologicznego w zakresie raka piersi, raka gruczołu krokowego, raka płuca i raka jelita – mówimy o tych unitach. Na razie mamy chyba tylko jeden, dotyczący raka piersi.

Jeszcze trzecie pytanie, ponieważ został już skierowany do opinii społecznych, publicznych, projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, a nie mamy jeszcze sprawozdania z tego pilotażu, który trwa już prawie trzeci rok. Myślę, że pilotaż powinien być tym wskazaniem do dyskusji na temat krajowej sieci i ustawy, która jest opiniowana, a tymczasem nie mamy sprawozdania z tego pilotażu. To na razie tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Panie pośle, jeżeli chodzi o szczepienia przeciwko HPV, to kieruje pan podkomisją do spraw zdrowia publicznego. Wydaje mi się, że kwestia szczepień w ogóle, i również tego, jak najbardziej wpisuje się w tematykę, którą może pan się zająć

w ramach podkomisji stałej. Namawiam więc ewentualnie, aby na ten temat w przyszłości porozmawiać. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę...

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego w kwietniu zajmie się szczepieniami, także...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No to świetnie. To bardzo dobrze...

Poseł Marek Hok (KO):

Jest pan członkiem tej podkomisji, więc myślę, że zna pan plan pracy, panie pośle.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To znaczy, plan prac, to jedno, a ogłoszenie i zaproszenie przez przewodniczącego, to drugie. Tak więc myślę, panie pośle, że jak najbardziej warto tym się zająć. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, panowie profesorowie, Wysoka Komisjo, ja też włączę się w sprawie HPV, ludzkiego brodawczaka, który jest praktycznie w prawie 100% odpowiedzialny za raka szyjki macicy, natomiast w kontekście dalszym, bo, o ile pamiętam, panie ministrze, w Narodowej Strategii Onkologicznej rok 2023 albo 2024 miał być właśnie tym rokiem, kiedy szczepienie przeciwko HPV będzie refundowane. Mówię nie tylko o dziewczynkach, ale też o chłopcach, bo praktycznie drugim etapem, a może równoległym, będzie to szczepienie... W niektórych krajach szczepi się też chłopców. To, jeśli dobrze pamiętam. Jeśli nie, to proszę mnie sprostować. To kwestia HPV, ad vocem.

Natomiast w kwestii onkologii, jeśli chodzi o zasadnicze działania, musimy wiedzieć, że w dzisiejszych czasach rak to nie wyrok. Wcześnie wykryty rak jest najczęściej uleczalny albo w miarę uleczalny, i to jest kwestia bardzo zasadnicza. Musimy mieć taką świadomość, że potrafimy teraz walczyć z rakiem. Możemy naprawdę skutecznie walczyć z rakiem. To jest bardzo dobra wiadomość, taka współczesna, dobra nadzieja.

Z drugiej strony, ja nie wiem, czy ktoś z państwa pamięta 12 zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem – nie palić tytoniu, prawidłowa waga ciała, szczepienia, badania przesiewowe itd. itd. To jest właśnie profilaktyka. My bardzo często zwracamy uwagę na terapie, i bardzo dobrze, bo są teraz innowacyjne terapie. To, co powiedział pan profesor Rutkowski, to jest taki ukłon w stosunku do ministerstwa, do pana ministra Macieja Miłkowskiego, za wprowadzenie naprawdę innowacyjnych leków refundowanych w aspekcie leczenia różnego rodzaju raków czy różnego rodzaju chorób.

Panie ministrze, była u mnie też pacjentka z mukowiscydozą – oczywiście to nie jest rak, ale jest to najczęstsza choroba rzadka – i prosiła, żeby podziękować ministrowi zdrowia w aspekcie wprowadzenia przełomowego leczenia modulatorami białka CFTR w mukowiscydozie, co pacjenci z mukowiscydozą przyjęli jako błogosławieństwo, jako światło takie super, super. Tak więc dziękuję panie ministrze za to w imieniu wszystkich chorych na mukowiscydozę.

Natomiast dzisiejsza onkologia, proszę państwa, to nie tylko chirurgia. To oczywiście genetyka, to badania molekularne, biologia molekularna, medycyna spersonalizowana, terapia celowana. To jest osiągnięcie współczesnej onkologii. To jest bardzo potrzebne i bardzo ważne, mam natomiast kilka pytań, panie ministrze.

Wspomniał pan o chirurgii robotowej. Czy mam tak rozumieć, panie ministrze, że od 1 kwietnia, jeśli chodzi o chirurgię robotową – a więc da Vinci, chyba że nowsza wersja robota da Vinci, czyli robot Versius, nowa generacja – niektóre zabiegi wykonywane w ramach chirurgii obrotowej będą refundowane? To jest moje pierwsze pytanie, aczkolwiek pan już to zaznaczył w swoim wystąpieniu.

Druga sprawa. Chciałbym nawiązać do bardzo ważnej kwestii noża cybernetycznego i noża gamma, czyli radioterapii stereotaktycznej. Jeśli mówię o Gamma Knife, to są chyba tylko ośrodki – warszawski i katowicki, ale jeśli chodzi o CyberKnife, to chyba są tylko trzy ośrodki. Czy rzeczywiście pacjenci polscy mogą liczyć na to, że w pewnych

kwestiach i w pewnych rodzajach raków, przede wszystkim głowy, będą mogli mieć dostęp do tego rodzaju skomplikowanej i innowacyjnej terapii?

Dziękuję też Agencji Badań Medycznych i Taryfikacji, że wprowadzała przełomową terapię w białaczkach, w aspekcie zmodyfikowanych limfocytów CAR-T. To jest przełomowa kwestia. Czy jest prawdą, że ta przełomowa terapia zmodyfikowanymi genetycznie limfocytami T jest albo będzie refundowana, bo ze wstępnych wiadomości wiem, że jest refundowana?

Teraz pytanie może prozaiczne, ale takie nasunęło mi się, patrząc na jednego z naszych kolegów. Czy sport, który naraża narządy męskie, na przykład kolarstwo – wiemy, Lance Armstrong – ma związek z częstotliwością narażenia na raka? I jeszcze może... Były takie pytania – słyszałem takie pytania od lekarzy – czy telefon komórkowy, który nosi się w kieszeni, nie zagraża, bo jest nagrzany czy nienagrzany... To już takie kwestie prozaiczne.

W każdym razie, panie ministrze, jesteśmy też bardzo kontenci, że wprowadza się całą serię nowych cząsteczek refundowanych, chociażby w opornym na kastrację raku gruczołu krokowego. Kiedyś te iniekcje naprawdę były bardzo drogie, co czasem wręcz uniemożliwiało terapię. Teraz mamy refundację w krańcowych postaciach raka, czyli jest postęp. Natomiast oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że w czasie pandemii były tąpnięcia, aczkolwiek, panie ministrze, gdy patrzę na Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie i na liczbę hospitalizowanych w roku 2019, których było bodajże 11 tys., w 2020 r. 10 780, a w 2021 r. też ponad 10 tys., to nie widzę takiego wielkiego... O około 10% była mniejsza hospitalizacja w tych okresach pandemii. Trzeba to oczywiście zrekompensować, zaktywizować nasze działanie, natomiast Agencja Badań Medycznych i Taryfikacji, która wprowadza nowe... I te badania naukowe, które potwierdzają zasadność leczenia czy biologicznego, czy biopodobnego, czy też właśnie terapii genowej, bardzo nam podnoszą satysfakcję i zadowolenie – już kończę – że możemy współcześnie, w XXI w. pomagać ludziom ciężko chorym, którzy kiedyś byliby w beznadziejnej sytuacji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, gorąca prośba o pewną dyscyplinę czasową, żeby te wypowiedzi były jednak krótsze. Teraz dalej, zgodnie z kolejnością zgłoszeń, pan poseł Rutka. Proszę bardzo.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, w ostatnich latach w Polsce obserwujemy stały wzrost dostępności do terapii celowanych w leczeniu nowotworów, i to na pewno bardzo dobra wiadomość. Jednak często do zastosowania tych nowoczesnych terapii konieczne jest przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki genomowej czy molekularnej. No i moje pytanie – jakie były, czy jakie są plany Ministerstwa Zdrowia dotyczące wdrażania rozwiązań z zakresu diagnostyki genomowej i molekularnej w leczeniu chorób onkologicznych. I drugie pytanie. Czy Ministerstwo Zdrowia zakłada możliwość finansowania diagnostyki genomowej ze środków Funduszu Medycznego? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sośnierz, proszę bardzo.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

Bardzo dobrze, że wprowadzamy nowe terapie, nadążamy za postępem światowym. To oczywiście nie jest zasługa postępu, który u nas się dokonuje, ale dobrze, że wykorzystujemy te nowe możliwości. Jednak sam dostęp do nowych terapii to jeszcze nie wszystko. Istotne jest to, jakie dzięki temu uzyskujemy rezultaty. Dobrze byłoby w przyszłości w tego typu informacjach pokazywać, jakie rezultaty uzyskujemy mając ten dostęp. Dostęp, to jest oczywiście pierwsza faza. I tu nie ma z kim innym się porównywać niż z innymi krajami, czy wprowadzanie tych terapii daje przynajmniej takie same rezultaty u nas, jakie osiągają inne kraje, bo dopiero to pokaże, czy jakiś system u nas i czy wszystko to jest robione w sposób sensowny.

Przyłączam się do głosu odnośnie do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, bo ta przedstawiona nam informacja o Krajowej Sieci Onkologicznej mówi tylko o tym, że funkcjonuje sieć, że działa, że są wydawane pieniądze, natomiast tego, czy ona przynosi jakikolwiek rezultat, jeśli chodzi o poprawę opieki onkologicznej, nie dowiadujemy się. Dopiero po tym pilotażu, który się przedłuża, bo z rezultatami zdaje się nie jest wesoło – zresztą od początku należałem do zdecydowanych sceptyków odnośnie do sensu wprowadzania sieci onkologicznej w tym kształcie – dopiero po podsumowaniu wyników funkcjonowania, można będzie myśleć o ustawie, bo albo ta sieć wymaga korekty, albo w ogóle nie działa, albo działa znakomicie. Dopiero rezultaty pozwolą wyciągać wnioski odnośnie do sensu uchwalania ustawy, a tutaj to się toczy, to się dzieje. Sam fakt, że coś się dzieje, nie oznacza, że dzieje się dobrze. Krajowa Sieć Onkologiczna miała poprawić opiekę onkologiczną, a rezultatem będą lepsze wyniki leczenia onkologicznego. To, że wydaje się pieniądze, że uzyskuje się dostęp do leków, jeszcze nie oznacza, że to wszystko jest sensowne. Oczywiście na pewno jakiś sens tam jest... Jedynym porównaniem... Szkoda, że nie stworzono na początku programu odnośnika, z czym będziemy się porównywać. My porównujemy się z samymi sobą.

Ten program nie ma odniesienia, z jakiego punktu wychodzimy i do czego chcieliśmy dojść, ale to może uda się przeprowadzić w wyniku jakichś dobrze skonstruowanych badań. Mamy dwa aspekty – czy w kraju ta sieć przyniesie efekty poprawy opieki onkologicznej i czy w porównaniu z innymi krajami będziemy zmniejszać dystans do jakości opieki onkologicznej, bo nawet wprowadzenie i ułatwienie dostępu do jak najbardziej nowoczesnych, skutecznych terapii może okazać się mniej skuteczne niż w innych krajach. Dlatego mam nadzieję, że w przyszłości czegoś więcej się dowiemy. W tej chwili właściwie wiemy tylko tyle o tej sieci, że działa, że są wydawane pieniądze, no i właściwie tylko tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Mamy też zgłoszenia zdalne, na łączu internetowym. W kolejności, jak mam zapisane, najpierw pani Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za możliwość udziału i za to, że mogę zabrać głos. Ja pozwolę sobie od razu przejść do konkretów.

14 września minionego roku na posiedzeniu sejmowym pan minister Gadomski zapowiedział realizację cancer unitów. To jest właśnie ten bardzo trudny temat, z którym się borykamy. Pozwolę sobie zacytować i zadać pytanie. Cytat jest krótki. Cytuję: „Dalej mamy chyba najtrudniejszy do tej pory model, z którym się borykaliśmy, czyli model w raku płuca /.../. Ciągle go nie ma i to jest pewnie duży niedosyt środowisk eksperckich i pacjenckich, ale mam nadzieję, że takie bladozielone światło i kierunkowo zgodę odnośnie do modelu dałem i jakby model i założenia mamy wypracowane. Dzisiaj de facto musimy przeprocedować go formalnie. Te prace zakładamy na IV kwartał, a może I kwartał następnego roku, bo jeszcze wcześniej – jeśli już idziemy według pewnego harmonogramu – chcemy właśnie znowelizować rozporządzenie dotyczące Breast Cancer Unitów. Tu praktycznie mamy przygotowany materiał i niezwłocznie, z początkiem października, skierujemy ten projekt do realizacji”.

Nie ukrywam, że my od początku października na ten projekt nowelizacji czekamy. W związku z tym ja chciałabym zapytać zarówno jeżeli chodzi o unity narządowe, to znaczy, jeżeli chodzi o raka piersi, również raka płuca, co właściwie z tym się dzieje, bo odnosimy takie wrażenie, że prace nad unitami narządowymi ogólnie stanęły. Chcielibyśmy więc wiedzieć, dlaczego tak się dzieje.

I może jeszcze drugie pytanie, które chciałabym zadać. Co się dzieje z rejestrem hematoonkologii, ponieważ on również był zapowiadany, że będzie zaraz, za chwilę i prawie natychmiast, i jakoś cisza nastąpiła, a to jest też szalenie ważne. Chciałbym więc usłyszeć odpowiedź na to pytanie, ale przede wszystkim czekam na informację na temat tego projektu unitów narządowych, szczególnie dotyczącego raka piersi, który był gotowy

praktycznie już w październiku i miał być przekazany do konsultacji – wedle słów pana ministra Gadomskiego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję również. Zgłaszał się pan profesor Rutkowski, który już wcześniej zabierał głos. Rozumiem, że pan profesor będzie chciał też odnieść się do tych głosów. Zatem moja propozycja i informacja od razu jest taka. Po serii pytań i wystąpień to będzie ta właściwa chwila, żeby zarówno pan minister ze współpracownikami, jak i eksperci, czy ci, którzy zabierali głos, czy inni, jak najbardziej zabrali głos i odpowiedzieli.

Połączył się też z nami pan profesor Adam Maciejczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Adam Maciejczyk:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za możliwość połączenia się. Bardzo ciekawy temat i bardzo ważny. Może trochę wyprzedzając odpowiedź pana ministra, chcę zwrócić uwagę na to, że pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej był już wielokrotnie pokazywany, wyniki też były pokazywane, ale to, co najważniejsze, o czym od pewnego czasu przypominamy, w grudniu 2020 r. Polskie Towarzystwo Onkologiczne we współpracy z Ministerstwem Zdrowia analizowało wstępnie wyniki pilotażu i wnioski w postaci dokumentu zostały wysłane do Ministerstwa Zdrowia i na tej podstawie między innymi powstały założenia do ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Tam te elementy, o których pan poseł wspominał, że na pewno wnioski z pilotażu wpłyną na kształt ustawy, zostały wprowadzone.

To co jest istotne, i o co też pytało kilka osób, w ramach tego dokumentu zostały przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne zgłoszone uwagi do kształtu unitów, w jaki sposób powinny być budowane i jak to wynika z rekomendacji międzynarodowych, bo – jak już to mówiliśmy w przestrzeni publicznej – nasz ośrodek w trakcie pilotażu przeszedł certyfikację międzynarodową iPAAC-a nadzorowaną przez Niemieckie Towarzystwo Onkologiczne, ale działającą w ramach Komisji Europejskiej poświęconej nadzorowi nad kompleksowymi jednostkami onkologicznymi, takimi jak unity. Nasze rekomendacje też były uwzględniane w modyfikacji breast unitu. W tej chwili mamy już dwa unity zakontraktowane i refundowane przez NFZ. To jest Colorectal Unit i Breast Unit. Mówię o Polsce. Ten, kto chciał, mógł te unity zakontraktować. Modyfikacja tych breast unitów już niedługo nadejdzie, bo pewne uwagi po pewnych doświadczeniach, po naszym dokumencie i po naszej analizie, zostały zgłoszone.

Jeżeli mogę jeszcze odnieść się do uwag o CyberKnife, to podobnie jak da Vinci jest to nazwa własna urządzenia. Myślę, że generalnie – Komisja Zdrowia i sala – powinniśmy posługiwać się nazwą metody leczenia. Jest to stereotaktyczna radioterapia albo inaczej radiochirurgia. Różnica między jedną a drugą jest tak naprawdę tylko w liczbie frakcji. Muszę powiedzieć, że ta technika leczenia jest dostępna we wszystkich szpitalach onkologicznych, w których znajdują się sprzęty do radioterapii. Wszystkie te zespoły podjęły się stosowania tej techniki na co dzień, ale każdy większy ośrodek onkologiczny ma dostęp do radioterapii stereotaktycznej. Tak więc obawy o to, że polski pacjent onkologiczny nie ma dostępu do tej nowoczesnej metody leczenia są nieuzasadnione. W naszym ośrodku stosujemy radioterapię stereotaktyczną na najwyższym poziomie, takim jak najlepsze ośrodki holenderskie, bez tego urządzenia, którego nazwy już nie powtórzę, od kilkunastu lat. Tak więc ta obawa, to raczej wpływ ładnej nazwy niż realnej potrzeby pacjenta. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Proszę teraz o zabranie głosu panią profesor Aleksandrę Sztuder. Również Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Bardzo proszę.

Członek PTO Aleksandra Sztuder:

Aleksandra Sztuder. Jestem lekarzem. Nie jestem profesorem, ale miałam przyjemność uczestniczyć właśnie w projekcie iPAAC. Tak jak powiedział profesor Maciejczyk, my przeszliśmy certyfikację międzynarodową – unijną, można powiedzieć – przy współudziale Unii Europejskiej, Komisji Europejskiej, organizowaną przez German Can-

cer Sociality, czyli Niemieckie Towarzystwo Onkologiczne. Chciałabym powiedzieć, że ja jestem praktykiem, jeżeli chodzi o mierniki jakości w zakresie Krajowej Sieci Onkologicznej i mierników międzynarodowych, które sprawozdawaliśmy w projekcie iPAAC.

W ciągu ostatniego roku nawiązała się bardzo ważna i duża współpraca w zakresie tych mierników jakości i nasza, Dolnośląskiego Centrum Onkologii, właśnie z Niemieckim Towarzystwem Onkologicznym. Oni te mierniki jakości sprawozdają od wielu lat. Drugą odnogą tej współpracy jest współpraca z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Instytutem Onkologii, panem profesorem Rutkowskim i panem profesorem Poleszczukiem.

Pierwsze takie wskazówki – nie chcemy tego nazywać raportem – odnośnie do mierników jakości dla Krajowej Sieci Onkologicznej już powstały. Chciałabym powiedzieć, że one powstały właśnie na podstawie praktycznych wyników pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Żeby unit, czyli jednostka kompetencji, funkcjonował w sposób prawidłowy i mógł być obiektywnie oceniany, potrzebujemy obiektywnego i niezależnego systemu monitorowania jakości. Taki system powstał w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej i jest jednym z najważniejszych osiągnięć pilotażu, bo jest to, po pierwsze, obiektywne, po drugie, zautomatyzowane. W tej międzynarodowej certyfikacji część rzeczy musieliśmy liczyć ręcznie. Natomiast, jeśli chodzi o pilotaż, te dane są zaciągane albo automatycznie, albo półautomatycznie. Żeby ocenić, czy unit, czy jednostka funkcjonuje w sposób prawidłowy i czy spełnia mierniki jakości, czyli na przykład, czy odpowiedni procent pacjentów jest napromienianych przedoperacyjnie, te mierniki muszą być zamodelowane komputerowo. I tak działa to w pilotażu. Tam lekarz nie może ręcznie sterować. To jest po prostu zaciągane z systemu HIS szpitala. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Wiemy, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma szansy na to, żeby tylko unity leczyły pacjentów. Musimy wiedzieć, że wszystkie szpitale leczące onkologicznie leczą tych pacjentów dobrze. Sieć jest właśnie po to, żeby też zorganizować współpracę tych jednostek, które leczą tych pacjentów onkologicznie. Należy więc tutaj podkreślić, że powstanie sieci jest rekomendowane przez przywołany tutaj wcześniej Europe's Beating Cancer Plan jako piąta flagowa inicjatywa. Tak więc myślę, że powstanie sieci jest zgodne ze wszystkim założeniami Unii Europejskiej, też powinniśmy do tego dążyć. Natomiast tym, czego nauczyliśmy się w projekcie międzynarodowym iPAAC, jest to, że aby te dane były tak zwanymi czystymi danymi – oni mówili do nas „clear data" – żeby to były dane obiektywne, to naprawdę potrzebujemy jeszcze kilku lat. Myślę, że aby ta sieć funkcjonowała bardzo dobrze, to przede wszystkim musimy zacząć ją wprowadzać w całym kraju i usprawniać, ulepszać ją rok do roku, bo to jest praca naprawdę na wiele lat.

Ja myślę, że tutaj ciężko jest powiedzieć o takim jednym wskaźniku. Nie ma czegoś takiego jak jeden wskaźnik, który pokaże, że pilotaż krajowej sieci poprawił o 13% leczenie, ale jeśli my będziemy wiedzieć, będziemy umieli sprawozdać choćby jeden bardzo ważny miernik liczby pacjentów, którzy odbyli konsylium onkologiczne przed leczeniem onkologicznym, a wiemy, że dotychczas nie umieliśmy takich danych zbierać, to już będziemy w stanie poprawić wskaźniki naszych pacjentów o 15%, bo o tyle poprawia wyniki naszych pacjentów decyzja wielodyscyplinarna. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gelert zgłosiła się i prosiła o zabranie głosu. Bardzo proszę, pani poseł. Pani poseł Gelert... Może później wrócimy w takim razie do pani poseł.

Teraz jeszcze pani Karolina Bukowska-Strakova, przewodnicząca Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Bardzo proszę.

Przewodnicząca Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych Karolina Bukowska-Strakova:

Dzień dobry państwu. Halo! Słychać mnie?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, słychać bardzo dobrze. Proszę mówić.

Przewodnicząca KZZPMLD Karolina Bukowska-Strakova:

Szanowni państwo, dzień dobry. Karolina Bukowska-Strakova, tak jak pan poseł Latos powiedział, przewodnicząca Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych.

Ja tutaj chciałabym powiedzieć, występując z ramienia pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych, że my często mówiąc o rozwoju nowych terapii zapominamy o tym, że równolegle z rozwojem nowych terapii, w tym zwłaszcza onkologicznych, powinien iść rozwój medycyny laboratoryjnej, czyli inwestycje w medyczne laboratoria diagnostyczne, dlatego że jeżeli mówimy o monitorowaniu leczenia... Akurat taką ważną działką, bliską mojej działalności zawodowej, są choroby hematoonkologiczne, gdzie monitorowanie leczenia, diagnostyka monitorowania leczenia tych chorób opiera się właściwie na badaniach laboratoryjnych genetycznych czy immunologicznych.

Tutaj już było powiedziane o tym dostępie do badań genetycznych. Powstaje ustawa na temat testów genetycznych. Składaliśmy również wniosek o to, żeby uznać specjalizacje dla diagnostów laboratoryjnych z genetyki medycznej laboratoryjnej, hematologii medycznej czy immunologii medycznej jako dziedziny priorytetowe, dlatego że tych specjalistów nam bardzo brakuje, a są to specjaliści kluczowi, jeśli myślimy o diagnostyce chorób onkologicznych i monitorowaniu leczenia tych chorób.

Ponadto chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, która często ucieka, jeśli myślimy o leczeniu tych pacjentów, że jeśli są różnego rodzaju programy na dofinansowanie aparatury do diagnostyki nowotworów czy w ogóle diagnostyki, w której wykorzystywane są metody diagnostyki laboratoryjnej, to często w tych programach ministerialnych, mimo że dość znaczny odsetek aparatów, które mają być kupione do diagnostyki, to są właściwie aparaty stricte do diagnostyki laboratoryjnej, nie ma wymogu diagnostów specjalistów z danej dziedziny jako tych osób, które zapewniają prawidłowe wykorzystywanie tych aparatów. Podobnie jak z rozporządzeniami...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja mam gorącą prośbę. Trochę odbiegamy od tematu, więc gdyby pani mogła się skoncentrować na tych trzech głównych punktach, którymi się zajmujemy...

Przewodnicząca KZZPMLD Karolina Bukowska-Strakova:

Chciałam tylko zwrócić uwagę na to, że w tej sieci onkologicznej powinniśmy również zwracać uwagę na brak dofinansowania i brak inwestycji równolegle idących do lecznictwa, żebyśmy również pamiętali o tej medycynie laboratoryjnej, że należy ją prawidłowo wycenić i dofinansować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Być może będą jeszcze podobne głosy. Ja od razu wyjaśniam. Jeśli chodzi o kwestię Krajowej Sieci Onkologicznej, to jednak w tym projekcie o coś innego chodziło, ale myślę, że pan minister będzie jeszcze o tym mówił. Bardzo proszę, pan przewodniczący Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja trochę egoistycznie wystąpię i wejdziemy w świat nowotworów męskich, a głównie chodzi mi o raka prostaty. To jest nowotwór, który chyba w Stanach Zjednoczonych ma już pierwsze miejsce, jeżeli chodzi o zachorowalność i umieralność na nowotwory wśród mężczyzn. U nas co prawda króluje jeszcze rak płuca, ale nowotwór gruczołu krokowego jest tuż tuż. Sytuacja jest trudna, bo jest to tak zwany nowotwór leniwy. Czyli trwa miesiącami, latami, natomiast wcale to nie znaczy, że należy to w związku z tym przepuszczać przez palce.

Państwo w informacji podali pewne szczegóły. Ja chciałbym, żeby pan minister spróbował je troszeczkę doprecyzować. Po pierwsze, cała sprawa polega jednak na diagnostyce i wdrożeniu nowoczesnych metod diagnostycznych. One są rozważane. Z tego, co widzę, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji już opracowała i właściwie przekazała do realizacji pewne rozwiązania organizacyjne, również z zastosowaniem odpowiedniej aparatury diagnostycznej, bo diagnostyka jest tutaj konieczna. To jest nie

tylko diagnostyka biochemiczna czy bioimmunologiczna. To jest również diagnostyka jak najbardziej inwazyjna albo mikroinwazyjna – głównie chodzi o punkcję.

Nasz model opiera się na punkcji tradycyjnej, natomiast wiemy, że jeśli chodzi o te punkcje dotyczące tej jednak dość nieprzyjemnej okolicy ciała i dość wrażliwej, jeśli chodzi o sprawy bólowe, wykorzystywane są dzisiaj inne metody, takie jak USG czy rezonans magnetyczny i są sterowane i celowane po to, żeby możliwość powikłań po tego rodzaju punkcji była jak najmniejsza. Chciałbym w związku z tym zapytać. Po pierwsze, będzie ogłoszony przetarg na to, żeby kupować pewne urządzenia do diagnostyki i do leczenia w ramach tych nowotworów, nazwijmy je urologicznych, zwłaszcza męskich, i to ma być w tym roku. Czy pan minister może powiedzieć, jakie są przygotowania do otwarcia tego konkursu czy tego przetargu, żeby dokonać odpowiednich zakupów w roku 2022, bo tak państwa tutaj zapisali?

I drugie – kiedy zostanie wprowadzona dokładna procedura diagnostyki i leczenia gruczołu krokowego? Wydaje mi się, że samo określenie PSA, samo skorzystanie z tradycyjnej punkcji to trochę za mało, już nie mówię o nowoczesnych metodach leczenia. Przy czym należy podkreślić, że nowotwór gruczołu krokowego w zasadzie jest w 100-procetach wyleczalny, poza pewnym marginesem, jeżeli zostanie wcześnie wykryty. Te wszystkie postępowania musiałyby być również oparte na finansowaniu z Narodowego Funduszu Zdrowia, a z tego, co wiem, nowoczesne metody diagnostyczne, w tym punkcja fuzyjna, na razie takiej klauzuli finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia nie mają. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, teraz ja też pozwolę sobie zabrać głos w zakresie tej nie ukrywam bardzo ważnej tematyki. Cieszę się, że możemy na ten temat podyskutować.

Chciałbym przypomnieć – tak jak zresztą mówił to pan profesor Maciejczyk – że parę miesięcy temu rozmawialiśmy na temat Krajowej Sieci Onkologicznej, na temat pilotażu, mieliśmy pewne dane przedstawiane. I tu przechodzę też do pewnej konkluzji i pytania do pana, panie ministrze, bo ja swego czasu byłem zwolennikiem, aby ten pilotaż rozszerzyć – nie ukrywam, że oczywiście patrzyłem na to z perspektywy jednego z wiodących ośrodków w kraju, który jest w moim mieście – ale wówczas państwo uznali, że po to jest ten pilotaż w relatywnie wąskim zakresie, żeby mieć możliwie szybko pewne wnioski do wdrożenia. Dlatego, nie ukrywam, że ogromnie mi zależy, i myślę, że nam wszystkim, bo w takim duchu były pytania ze strony posłów – przy okazji też bardzo dziękuję ekspertom za bardzo ważne wypowiedzi – abyśmy możliwie jak najszybciej przeszli od pilotażu do realizacji Krajowej Sieci Onkologicznej, która będzie wymagała później jeszcze określonych korekt – trzeba też z tym się liczyć. I dopowiem – w przyszłym roku, w kolejnym roku, są wybory. My tutaj cieszymy się – akurat przed chwilą wymieniłem uwagę z panem przewodniczącym Millerem, jak dobra, merytoryczna jest ta dyskusja na posiedzeniu Komisji, natomiast pewnie za rok – oby nie – będzie może trudniej o taką atmosferę. Zatem, panie ministrze, wydaje mi się, że ten rok jest kluczowy, aby ta krajowa sieć zafunkcjonowała już nie w formie pilotażu. Wiem, że to kto inny w resorcie tym się zajmował – tak przynajmniej mi się wydaje – i wiem, że jest teraz wiele innych obowiązków i problemów, ale wydaje się, że w tej chwili jest to sprawa nr 1, jeśli chodzi o onkologię.

Druga rzecz. W drugim punkcie mieliśmy kwestie związane z rozpatrzeniem informacji na temat sytuacji w onkologii w czasie pandemii COVID-19. Ja bym powiedział, że nawet w większym stopniu nas interesuje sytuacja, jaką mamy obecnie – oczywiście nadal mamy pandemię – i to, co będzie się działo w najbliższych miesiącach. Pojawiły się tutaj bardzo dobre informacje, że teraz nadrabiamy ten dystans, ten czas stracony z powodów różnych – i pewnego zamknięcia się szpitali, i przekształcenia łóżek, chociaż to nie dotyczyło szpitali czysto onkologicznych, ale także pewnych obaw pacjentów, też trudności z dostępem do badań diagnostycznych, takiej czy innej postawy poczynając od lekarzy rodzinnych. Oczywiście pewne skutki są i pozostaną w postaci później niż to by miało miejsce bez pandemii wykrycia określonych nowotworów.

I tutaj pojawia się też kolejna rzecz, o której parokrotnie już mówiłem, kiedy na ten temat dyskutujemy. Mamy zniesione limity na diagnostykę, na rezonans, na tomografię komputerową, co jest wielką zasługą państwa, natomiast cały czas są ograniczenia, jeżeli chodzi o liczbę podmiotów. Proste ograniczenie – konkursy, które są jednak historyczne i spowodowały pewne ograniczenia, że część podmiotów nie jest na rynku inaczej niż komercyjnie.

W moim przekonaniu – mówię to od początku tych problemów, które wystąpiły w pandemii z diagnostyką – przynajmniej czasowo powinno się... Oczywiście są kryteria bezdyskusyjne, mianowicie, jakość sprzętu i dostęp do kadry, no bo to jest oczywiście obligatoryjne. Nie może być tak, że będzie funkcjonował podmiot, a będzie się czekało parę tygodni na wynik. Natomiast, jeżeli to wszystko jest spełnione, to ja jestem zwolennikiem jak najszerszego otworzenia po to, żeby ci pacjenci maksymalnie krótki czas oczekiwali w kolejce na diagnostykę, abyśmy nadrobili te opóźnienia i możliwie jak najszybciej wykryli nowe przypadki chorób nowotworowych. O to osobiście apeluję. Jestem przekonany, że to z pewnością pomoże we wcześniejszym i szybszym rozpoznawaniu chorób.

Może na koniec, żeby nie przedłużać kwestia, która też już tu była przez parę osób poruszana – bardzo interesująca w kontekście tego trzeciego punktu – wykorzystanie i finansowanie zabiegów przy pomocy robotów. Jak to państwo planują? Jak to będzie wyglądać?

Na koniec dołączę się do tych głosów podziękowania, bo rzeczywiście dużo więcej programów lekowych, dużo więcej leków, które w tej chwili są wprowadzone, to jest ogromny postęp w stosunku do tego, co było jeszcze parę lat temu. Tutaj wielki ukłon przede wszystkim pod pana adresem, panie ministrze, że pan jest bardzo otwarty na wprowadzanie nowych leków i refundację kolejnych leków.

Dostałem jeszcze jedno zgłoszenie do zadania pytania., więc proszę o zabranie głosu panią Joanna Frątczak-Kazana z fundacji ALIVIA. Bardzo proszę.

Przedstawicielka Fundacji Onkologicznej ALIVIA Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za udzielenie głosu. Ja zadam kilka pytań w różnych obszarach, o których dzisiaj rozmawiamy.

Pan profesor Maciejczyk na jednym z poprzednich posiedzeń Komisji mówił o tym, że złożył raport dotyczący właśnie pilotażu KSO. Pytanie do pana ministra, co jest przyczyną tego, że ten raport nie może zostać opublikowany i informacje w nim zawarte nie dotarły do opinii publicznej.

Pytanie drugie. Odniosę się do wypowiedzi pani doktor Aleksandry Sztuder, która mówiła o miernikach w pilotażu. Czy wypowiedź pani doktor dotyczyła tych mierników, które dotyczą województwa dolnośląskiego czy Dolnośląskiego Centrum Onkologii, czy też wszystkich województw i placówek objętych pilotażem?

Chciałabym również odnieść się do wypowiedzi państwa i pana posła Sośnierza. Oczywiście bardzo cieszymy się i bardzo dziękujemy panu ministrowi za nowe programy lekowe i nowe leki czy nowe terapie wprowadzone do refundacji, natomiast chciałabym zwrócić uwagę, że to, iż wprowadzamy nowe terapie do refundacji, nie znaczy, że nadganiamy czy doganiamy standardy międzynarodowe. Bardzo się cieszymy z nowych terapii, które są refundowane, natomiast nie znam żadnych danych, które mówiłyby o tym, że nadrabiamy dystans, który dzieli nas od Europy.

I ostatnia rzecz, mianowicie COVID i leczenie pacjentów onkologicznych po pandemii czy nadrabianie tych zaległości. Myślę, że nie powinniśmy rozpatrywać tego tematu w oderwaniu od aktualnej sytuacji światowej, a więc tego, co dzieje się na Ukrainie. Nasza fundacja uruchomiła taką kampanię informacyjną dla pacjentów onkologicznych z Ukrainy i naprawdę z dnia na dzień obserwujemy coraz większą liczbę pacjentów, którzy zgłaszają się do nas. Mamy dług zdrowotny po epidemii. Mamy za chwilę kolejną falę i kolejny kryzys migracyjny, w związku z czym warto by było, żebyśmy właśnie kwestię nadrabiania zaległości pocovidowych rozpatrywali również w kontekście bieżącej sytuacji politycznej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeżeli nie ma więcej pytań, to bardzo proszę o odpowiedź, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Myślę, że być może wesprze mnie pan profesor Maciejczyk, bo też były pytania dotyczące efektów pilotażu, ale to...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Na pewno tak, ale powiem od razu, panie ministrze, że szczególnie ważne dla wszystkich jest to, kiedy przejdziemy od pilotażu do realizacji krajowego planu...

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Powiem tak, odpowiadając właśnie na pytanie pani Joanny Frątczak, że Komitet Sterujący zajmuje się analizą. Chyba w drugim kwartale mają skończyć opracowanie wyników, no i myślę, że powinniśmy przekazać, jak to wygląda, chociaż wyniki częściowe były wielokrotnie przekazywane. Pan profesor Maciejczyk na każdej konferencji przedstawia swoje dane, przedstawia, jak było. Zresztą nawet tutaj, w tym raporcie, który został państwu upubliczniony – Raport 2021 „Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej" – mamy też przedstawione te mierniki jakości. Widzimy, że we wcześniejszych okresach często te mierniki były deklaratywne, że nie było analizy, czy one są prawidłowe. Faktycznie dopiero od jakiegoś czasu te krzywe się rozjeżdżają, bo – jak mówił pan profesor – wyniki są zautomatyzowane lub wpółzautomatyzowane... To właściwie mówiła pani Aleksandra Sztuder, że efektem tego pilotażu jest ustalenie tych właśnie mierników, tych metod sprawozdawania, metod oceny i to jest bardzo istotny element. Wszystkie te informacje są przekazywane do nas i na podstawie tego będą też analizowane w późniejszym okresie ośrodki, które będą realizowały sieć onkologiczną.

Jeśli chodzi o pytanie o HPV, o co chodzi, dlaczego jeszcze nie ma tego projektu, to na dzień dzisiejszy Ministerstwo Zdrowia może finansować w pełnym zakresie wyłącznie szczepienia obowiązkowe. Jeśli szczepienie jest obowiązkowe, to w ślad za tym idzie represja, kary, które są stosowane wobec osób, które odmawiają szczepienia. Uważamy w ministerstwie, że szczepienie przeciw HPV nie może podlegać aparatowi państwa, zmuszeniu każdej osoby do zaszczepienia się. To jest głównym problemem, żeby ministerstwo miało możliwość finansowania w pełnym zakresie również szczepień nieobligatoryjnych, i taki jest właśnie plan.

Wydawało się, że to wszystko już ostatecznie zakończy się w IV kwartale ubiegłego roku. Był projekt w dwóch ustawach i jakoś nam nie udało się tego zrobić. Jak państwo wiedzą aktualnie jest to w ustawie, która pod koniec roku została przekazana do konsultacji publicznych. Jest u nas przed przekazaniem do Komitetu Stałego Rady Ministrów, już po obrobieniu wszystkich uwag. Powinno to być przekazane na kolejny etap i państwo wówczas będą się tym zajmowali. Natomiast oczywiście szczepienia na HPV są od ubiegłego roku finansowane ze środków publicznych, ponieważ jest już pierwsza szczepionka, która jest dostępna w refundacji w systemie aptecznym. Tak jak wszystkie szczepienia jest objęta 50-procentową refundacją w tym zakresie.

Jeśli chodzi o pytania pana posła Hoca na temat HPV, który również o to pytał, odpowiedź jest właściwie ta sama. Pan poseł Hok pytał, kiedy będą inne unity niż w raku piersi. Pierwsza rzecz – na pewno w przypadku unitów dotyczących raka piersi potrzebna jest nowelizacja tych wytycznych. Wiemy, że są błędy. Planujemy przedstawić nowelizację tych zapisów do konsultacji jeszcze w tym kwartale, czyli jeszcze w tym miesiącu. Jeśli chodzi o drugi, raka płuca, to również w tym półroczu. Czyli spróbujemy to przekazać do konsultacji publicznych w najbliższym czasie.

Tak jak powiedziałem, sprawozdanie z pilotażu sieci onkologicznej przekażemy państwu być może po tej najbliższej analizie, bo Komitet Sterujący aktualnie tym się zajmuje. Czyli Komitet Sterujący złożony z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i wszystkich czterech ośrodków, które realizowały świadczenia, oraz właściwych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ sieć jest na całym terenie każdego województwa, oczywiście z Narodowym Funduszem Zdrowia jako centralą i centrala ma później obowiązek. Ale to już po zakończeniu ostateczny raport będzie przekazany, i to chyba tego państwo właśnie oczekują... Po zakończeniu pilotażu, czyli w roku przyszłym, Narodowy Fundusz Zdrowia przekaże pełne informacje.

Oczywiście, jeśli chodzi o pytanie pana posła Rutki, diagnostyka genetyczna, genomowa, molekularna, to w znaczącej mierze jest to już finansowane. W pewnym momencie, chyba w 2016 r., zostało wprowadzone finansowanie odrębne jako możliwość dosumowania w lecznictwie szpitalnym w onkologii. Aktualnie pracujemy nad tym, żeby zwiększyć finansowanie w tym zakresie. Przygotowane są właśnie w tej ustawie, która teraz będzie przychodziła, istotne zmiany związane z Funduszem Medycznym, uzgodnione z Kancelarią Prezydenta. W tym zakresie będą zapisy, że te badania będą mogły by finansowane również z Funduszu Medycznego. Zresztą w tamtej ustawie też jest zgoda na to, żeby była możliwość wykorzystania środków z Funduszu Medycznego, przynajmniej w początkowym okresie, na finansowanie szczepień przeciw HPV, ponieważ był wcześniejszy plan, że będziemy szczepili na początku jeden rocznik dziewcząt i po kolei w każdym roku te osoby, które wkraczają w ten rocznik, a w pewnym momencie również jeden rocznik chłopców. Aktualnie plany są takie, że w pierwszych dwóch–trzech latach ta liczba osób, która mogłaby się zaszczepić, objęłaby 2–3 roczniki jednoczasowo, żeby jak najwięcej osób było zaszczepionych w tym zakresie.

Bardzo ważne pytanie pana posła Sośnierza – jest świetne finansowanie, i co z tego mamy w długim okresie. Nie ma możliwości monitorowania, porównywania w pierwszym okresie, w drugim roku, nowych terapii, nowych terapii lekowych, ponieważ często mediany przeżycia nie są osiągane. To są długie lata leczenia – w szczególności rak prostaty, jak pan poseł Piecha wspomniał – to są wieloletnie, czteroletnie okresy leczenia. Dlatego zresztą są to bardzo drogie terapie. Poza tym w pewnym wieku każda osoba ma ten nowotwór. Dlatego jest to najbardziej rozpowszechniony nowotwór w innych państwach, więc wiemy, że będziemy musieli z tym się zmierzyć. Dlatego też wcześniej powiedziałem, że z tych bardzo innowacyjnych terapii już pierwsze terapie w tym roku będą kończyły okresy wyłączności, mam więc nadzieję, że te terapie – ponieważ one są proste, tabletkowe – wejdą pod strzechy, czyli będą mogły być normalnie refundowane w katalogu aptecznym i że te osoby będą mogły niekoniecznie być bardzo mocno monitorowane w ramach programu lekowego, bo tych osób jest bardzo dużo i będzie znacząco więcej. W związku z tym na pewno na to bardzo mocno liczymy.

Jeśli chodzi o te unity, to powiedziałem właśnie – to dla pani Doroty Korycińskiej – rak piersi, rak płuca. Rejestr hematoonkologii – to przedstawię na piśmie. Nie wiem dokładnie, jak to na dziś wygląda, bo zaczynałem rozmawiać na ten temat pracując w Narodowym Funduszu Zdrowia, a to już praktycznie prawie 5 lat temu, ale jeszcze tego nie widziałem. Muszę w ogóle powiedzieć, że współpraca z kierownictwem hematoonkologii jest wzorcowa. Widać efekty tej współpracy. To jest towarzystwo, które jest bardzo merytoryczne, bardzo mocno się wspiera. Jednocześnie hematoonkologia dziecięca – pan profesor Styczyński – i hematoonkologia dorosłych. Tak więc myślę, że to jest właściwie wzór do naśladowania naukowców i ludzi, którzy chcą po prostu pomagać. Cały czas współpracują i starają się coś dobrego, nowego zrobić.

Jeśli chodzi o Gamma Knife i CyberKnife, faktycznie mamy 2–3 ośrodki, ale czy będą kolejne. Na razie chyba nie ma takiej potrzeby. Z tego, co wiem, nie pracują jeszcze 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, w związku z tym nie ma jeszcze tylu pacjentów w Polsce, żeby kolejne ośrodki otwierać.

Gamma Knife i CyberKnife są to bardzo drogie technologie przy uruchomieniu, użytkowaniu, w związku z tym ten koszt zmienny powinien być coraz niższy poprzez zwiększanie liczby świadczeń. Tu jest właśnie cały proces kierowania, ustalania wskazań do tych świadczeń. Dokładnie ten sam problem dotyczy protonoterapii. Też widzimy, że zdecydowanie za mało pacjentów jest kierowanych i ten ośrodek protonoterapii w Bronowicach pod Krakowem nie jest w pełni wykorzystany. Tak więc w tym zakresie też będziemy pracowali, żeby był bardziej wykorzystany.

Jeśli chodzi o pytania pani Karoliny Bukowskiej, to wspomniałem już, że ta diagnostyka molekularna, genetyczna, jest bardzo istotna. Wiemy, zdajemy sobie sprawę z tego. Właściwie nie ma możliwości – diagnostyka patomorfologiczna – postawienia rozpoznania. Nie ma możliwości w ogóle ustalenia leczenia. Ważne jest w ogóle pobranie wycinka. To są specjalne operacje i czas oczekiwania na te diagnostyczne pobrania materiałów, żeby ustalić schemat leczenia, to jest bardzo istotny element. Na pewno na to zwracamy

uwagę. Nie jest to finansowane odrębnie, ale w cenie świadczenia, w związku z tym te wyceny... Powiem, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji właściwie znaczącą liczbę wycen już nam przedstawiła, tak więc to idzie równolegle i te wyceny są również przygotowane.

Jeśli chodzi o konika pana przewodniczącego i specjalistów radiologii, to oczywiście tak jak w każdej dziedzinie widzimy, że jeśli zwiększamy dwukrotnie liczbę miejsc udzielania świadczeń, to wynagrodzenia rosną czterokrotnie. Wiemy oczywiście, że uruchomienie kolejnych miejsc świadczeń – to samo widzimy w anestezjologii i wielu innych zakresach... Musimy na to również zwracać uwagę, bo żaden nowy ośrodek nie ma swoich lekarzy, których wykształcił. To są lekarze, którzy już są na rynku. Nie mamy bezrobotnych lekarzy. Nie mamy bezrobotnego personelu medycznego. Oni zawsze gdzieś pracują. W związku z tym każda kolejna praca to jest dodatkowy wzrost wynagrodzeń, dodatkowy wzrost sytemu ochrony zdrowia. Na to też musimy zwracać uwagę.

Wiemy również, że nie wszystkie tomografy i rezonanse pracują nawet 18 godzin. No i jest też ten zakres finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia – jest bezlimitowe. Jednak nadal problemem jest głównie czas opisywania. Zdajemy sobie z tego sprawę, że nie zawsze pacjent otrzymuje wynik dokładnie w tym samym dniu, kiedy jest wykonane badanie. I tak jak wszędzie w onkologii, bardzo liczy się jakość, bo w zakresie diagnostyki obrazowej nie ma systemowego ośrodka monitorującego jakość realizacji tych świadczeń. Na pewno z tym też będziemy musieli sobie poradzić.

Tak więc dziękuję bardzo serdecznie. Ewentualnie na część pytań odpowie pan profesor Maciejczyk, bo były pytania o pilotaż sieci onkologicznej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak. Ja zaraz udzielę głosu panu profesorowi Maciejczykowi, który prosi o zabranie głosu, natomiast, panie ministrze, żebyśmy dobrze się zrozumieli. Te pracownie pracują, tylko odpłatnie. Tam są lekarze, opisują, tylko odpłatnie. Chodziło mi o to, że w sytuacji, kiedy musimy nadrabiać pewne sytuacje związane z opóźnieniami wywołanymi przez COVID, warto nawet na kilka miesięcy czy na rok otworzyć to szerzej, żeby nadrobić ten czas, i tylko tyle. A przy okazji – to jest sytuacja wymarzona, żeby tego samego dnia był opis. Ja tego w ogóle nie oczekuję, pacjenci tego nie oczekują. Gdyby to było w ciągu trzech dni, to byłoby znakomicie. Naprawdę... Opis rezonansu, bo o tym mówiliśmy.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ja chciałbym powiedzieć, że w Szczecinku na opis rezonansu czeka się 4 miesiące. Na opis mammografii czeka się 2 miesiące...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No nie, to jest sytuacja absolutnie nienormalna. To jest patologia, tak jak tu powiedział pan przewodniczący Piecha...

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ale to nie jest tak, że to jest jedno miasto w Polsce...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No nie, 4 miesiące to... Przepraszam bardzo, panie doktorze, panie pośle...

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Proszę sprawdzić.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To powiem w drugą stronę. Tak jak tu mówię – otworzyć, dać szerzej, to tu bym powiedział – odebrać kontrakt, bo to jest niedopuszczalne. Nie twórzmy fikcji, że jest kontrakt, a pacjenci są zostawieni sami sobie, bo 4 miesiące to ktoś... Przepraszam...

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Sytuacja się zmienia przez 4 miesiące...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, oczywiście. Pan to doskonale wie. To można byłoby powtórzyć badanie, bo obraz – jeżeli mówimy o onkologii – może być już zupełnie inny.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chcę tylko zwrócić uwagę na to, że to nie jest odosobniony przypadek.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie, bo tu pan poseł zgłosił taką propozycję, którą przeanalizujemy, że płatność jest po wyniku. Czy tak? Przynajmniej tak powinno być.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

To realizuje prywatna firma, nazywa się ODO i to jest jedyny rezonans...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale czy mają kontrakt?

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Mają kontrakt.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To jest patologia. Panie pośle, namawiam pana do kontroli, do zgłoszenia tego do NFZ-u oficjalnie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Już zgłosimy to w Narodowym Funduszu Zdrowia...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Namawiam pana. Pan minister przyjął to do wiadomości, a pana też niezależnie namawiam, żeby pan tym się zajął.

Teraz jeszcze panowie profesorowie. Pan profesor Rutkowski i pan profesor Maciejczyk. Bardzo proszę, pan profesor Rutkowski.

Kierownik kliniki PIB – NIO Piotr Rutkowski:

Bardzo dziękuję. Ja krótko. Po pierwsze, jako prezes elekt Polskiego Towarzystwa Onkologicznego bardzo się cieszę, że ten temat jest tak istotny, bo on jest istotny z punktu widzenia zdrowia Polaków. To tylko świadczy o tym, że powinniśmy mieć częściej więcej informacji. My zresztą przekazujemy je na bieżąco do Ministerstwa Zdrowia i myślę, że takie spotkania powinny być częściej, żebyśmy wszyscy zarówno parlamentarzyści, jak i polska opinia publiczna wiedzieli, co się dzieje w tej chwili.

Tu padło kilka stwierdzeń, na które chcę odpowiedzieć. Po pierwsze, mierniki. Mierniki zostały przygotowane przez zespół ekspertów bardzo różnych specjalności, reprezentujących różne ośrodki o różnym poziomie, ale nie tylko stricte medyczne, bo również z organizacji ochrony zdrowia. Zaproponowaliśmy Ministerstwu Zdrowia, jakie te mierniki mogą być w tej chwili zbierane w całości do funkcjonowania opieki onkologicznej i Krajowej Sieci Onkologicznej, ale również na poziomie jednostek.

Chcę powiedzieć jednoznacznie, że Narodowy Instytut Onkologii nie odpowiada za ocenę tych mierników, tylko je analizuje i przedstawia. Za ocenę ma odpowiadać Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z tym my mamy po prostu obiektywnie i w maksymalnie zautomatyzowany sposób przedstawić te mierniki dla płatnika i Ministerstwa Zdrowia, i o to się staramy. Jednocześnie chcemy, żeby te mierniki, na podstawie tych analiz, które wcześniej były wspomniane przez profesora Maciejczyka i doktor Sztuder, były jak najbardziej zautomatyzowane. Czyli, żeby nie dokładały dodatkowej biurokratycznej roboty i jednocześnie były oparte na miernikach, które są międzynarodowymi miernikami w jakości ochrony zdrowia. W związku z tym taki dokument został przygotowany. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Narodowa Strategia Onkologiczna i onkologia to oczywiście nie tylko szczepienia przeciwko HPV, chociaż to jest istotny element prewencji pierwotnej. Tak naprawdę mamy przygotowany cały ten program szczepień, mamy przygotowaną kampanię informacyjną, ale rzeczywiście nie mamy ustawodawstwa. Z tego co ja rozumiem, to będzie wkrótce załatwione, bo generalnie mam nadzieję, że zgodnie z planami Narodowej Strategii Onkologicznej rzeczywiście w 2022 r. te szczepienia jeszcze się rozpoczną, bo środki, jak wynika z tego, co powiedział minister, są zarezerwowane.

Jeżeli chodzi o wytyczne – to jest następny punkt, który jest bardzo istotny – przygotowaliśmy wytyczne w przypadku 9 albo 10 nowotworów. Część jest przygotowana we współpracy z National Comprehensive Cancer Network ze Stanów Zjednoczonych. To czego nam brakowało w ostatnim czasie, to wsparcie merytoryczne AOTMiT-u i podpisania umów między Ministerstwem Zdrowia a stroną amerykańską. Mam nadzieję, że to też zostanie... Jeżeli chodzi o AOTMiT, to już się udrożniło, ale udrożniło się na koniec roku, dlatego że, aby formalnie ukazały się te wytyczne, to one muszą być ocenione przez AOTMiT. Jeżeli chodzi o NCCN, wiem, że to są ostatnie poprawki, które ministerstwo finalizuje.

Jeszcze jedna rzecz ważna, która była tu poruszana, diagnostyka molekularna. W Polsce, wbrew pozorom jest to nieźle finansowane, ale nie jest finansowane wszystko. To, co powiedział pan minister Miłkowski – potrzebujemy dostępu do nowych paneli NGS, czyli sekwencjonowania następnej generacji, bo mamy tylko najbardziej podstawowe. Pacjenci polscy bez sensu wydają pieniądze za granicą na te panele lub są oszukiwani w cudzysłowie... Nie, nawet nie w cudzysłowie. Są po prostu oszukiwani przez różne firmy, które obiecują im dostęp do nowych terapii na podstawie wyników badań molekularnych wielogenowych, które nic nie znaczą z punktu widzenia klinicznego. Niestety tak też bywa. Dlatego potrzebujemy, żeby ten dostęp był szeroki, ale w sposób absolutnie akredytowany. Na przyszły rok mamy wpisaną akredytację diagnostyki molekularnej i usieciowienie, i mam nadzieję, że to się wydarzy, tak jak w tym roku powinna się wydarzyć akredytacja patomorfologii, bo jedno od drugiego nie może być oderwane. Są to więc rzeczy, które się dzieją.

A jeżeli chodzi jeszcze o zbliżanie się naszych wskaźników, bo tu padło takie pytanie, że nie ma żadnych danych... No są te dane, bo są i w Krajowym Rejestrze Nowotworów... Jeżeli spojrzymy na najnowsze opracowanie „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 r.”, jak i raport otwarcia, który jest w rękach ministra zdrowia, to mamy istotną poprawę przeżyć pięcioletnich w kilku nowotworach, tych najczęstszych wskaźników, w cudzysłowie, takich dla krajowej sieci i narodowej strategii, tylko że to wszystko jest oczywiście do 2019 r. Nie wiemy cały czas, jak wygląda sytuacja przeżyć w pandemii, bo tam dużo zmiennych nakładało się na siebie, więc tego jeszcze nie mamy, ale ten efekt, szczególnie dostępu do nowych terapii i częściowo programów „awarenessowych”, informacyjnych dla społeczeństwa, jak widać, pojawił się w ostatnich latach, szczególnie 2017–2019. Jest to więc postęp i te punkty odniesienia jako wyjściowe dla tego, co powinniśmy ocenić w 2025 jako efekt strategii, w tej chwili istnieją.

Ja w każdym razie bardzo się cieszę. Tak jak powiedziałem, my jako Polskie Towarzystwo Onkologiczne i inne towarzystwa, jesteśmy bardzo zadowoleni, że ten temat dzisiaj się pojawił i dostęp do wszystkich danych, bo one po prostu powinny być w pełni widziane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I pan profesor Maciejczyk, proszę.

Prezes PTO Adam Maciejczyk:

Dziękuje za ponowną możliwość zabrania głosu. Chcę podkreślić, bo tutaj była dyskusja o miernikach czasu oczekiwania na badania radiologiczne, że to jest jeden z ważniejszych elementów oceny pilotażowej i bardzo ściśle to monitorujemy. Muszę powiedzieć, że to jest jeden z takich parametrów, który stale powinien być monitorowany, bo już samo monitorowanie powoduje, że takich czasów, które tutaj padały, w miesiącach, nie obserwuje się. Prawda jest taka, że najdłużej czeka się kilkanaście dni na opis, nie na wykonanie badania, i mierzymy to od momentu wystawienia skierowania. Tak więc to jest jeden z takich mierników organizacyjnych.

Chcę podkreślić, bo tu jest rozdźwięk w tej dyskusji o urządzeniach typu CyberKnite, że to nie jest urządzenie innowacyjne, tylko to jest radioterapia stereotaktyczna. Mówię to jako radioterapeuta. Muszę tutaj stanąć w tej roli z racji swojej specjalizacji. Z tego między innymi pytam na egzaminie radioterapeutów. To nie jest urządzenie, które ma przewagę nad innymi urządzeniami. Nie widzę więc powodu do tego, żeby w każdym mieście stało akurat takie urządzenie. To jest bardzo ładna nazwa. To było testowane już

ponad 10 lat temu w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, więc nie jest to jakaś innowacja, i umożliwia dokładnie to samo, co robi się na innych urządzeniach, które realizują radioterapii stereotaktyczną. Tak więc cieszę się – bo ta technologia jest po prostu droższa – że nie idziemy w tym kierunku, co zresztą powiedział pan minister Miłkowski.

Chcę podkreślić jeszcze jedną rzecz, że oprócz Komitetu Sterującego, który analizuje trochę inne podejście do danych pilotażowych i kontekst Krajowej Sieci Onkologicznej, my jako ci, którzy bezpośrednio w tym uczestniczą, czujemy się w obowiązku przedstawić zbiorczą analizę naszych wyników mierników, bo uważam, że analiza stricte mierników, którą wysyłamy do NFZ-u, jest niewystarczająca. Zatem taki raport końcowy przygotowujemy.

I na koniec, nawiązując do wypowiedzi o Ukrainie, chcę podkreślić, że Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, które mam zaszczyt reprezentować, w którym właściwie są wszystkie kompleksowe centra onkologiczne publiczne, nawiązało współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia i uruchamiamy od jutra infolinię dla pacjentów onkologicznych i dla ich rodzin z Ukrainy, którzy potrzebują, po pierwsze, kontynuacji leczenia, a po drugie, diagnostyki, żeby to monitorować, żeby to było w sposób zorganizowany obserwowane. Dlatego tu też chcę powiedzieć, bo mało jest mowy o współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, że ta współpraca właśnie się zawiązała. Wczoraj mieliśmy spotkanie, już dzisiaj zostali wyznaczeni koordynatorzy i to po prostu też się dzieje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję.